

Homeworker Application – Russian

Заявление о постановке на учёт в качестве работника домашнего обслуживания - на русском языке

Section 1: Personal Information

Раздел 1: Информация личного характера

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	Name: (last/first/middle initial) (as shown on your Social Security card)	Имя: (фамилия/имя/отчество) (как указано на вашей карточке системы социального обеспечения)
2	Date of birth	Дата рождения
3	Other names used, including maiden and nicknames	Другие использованные имена, в том числе девичья фамилия и прозвища
4	E-mail address	Адрес электронной почты
5	Street address	Адрес с указанием улицы и номера дома
6	Mailing address: (if different than street address)	Почтовый адрес: (если он отличается от адреса с указанием улицы и номера дома)
7	City, State, Zip (for street address)	Город, штат, почтовый индекс (для адреса с указанием улицы и номера дома)
8	City, State, Zip (for mailing address)	Город, штат, почтовый индекс (для почтового адреса)
9	Your phone number(s) Home	Ваш номер домашнего телефона (-ов)
10	Your phone number(s) Cell	Ваш номер мобильного телефона (-ов)
11	Your phone number(s) Message	Ваш номер телефона (-ов) для оставления сообщений

Section 2: Specific Client – Employer – New Homeworkers Only

Раздел 2: Конкретный клиент-работодатель - только для новых работников домашнего обслуживания

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	Have you already agreed to work for a particular client-employer? If yes, please include the name of the individual.	Выразили ли Вы уже своё согласие на предоставление услуг определённому клиенту - работодателю? Если да, то,

		пожалуйста, укажите имя и фамилию этого клиента.
--	--	--

Section 3: Orientation and Certified Training

Раздел 3: Ознакомительный инструктаж и профессиональная подготовка, подтверждённая свидетельством

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	Have you attended a homecare worker orientation? Check Yes / No If yes, where did you take it? Date, if known:	Прошли ли Вы ознакомительный инструктаж для работников надомного обслуживания? Отметьте ответ: да / нет Если да, то где Вы прошли этот инструктаж? Дата, если известна:
2	Have you attended a live-in orientation? Check Yes / No If yes, where did you take it? Date, if known:	Прошли ли Вы ознакомительный инструктаж для работников надомного обслуживания, проживающих в доме клиента? Отметьте ответ: да / нет Если да, то где Вы прошли этот инструктаж? Дата, если известна:
3	Are you CPR certified? Check Yes / No If yes, when does it expire?	Аттестованы ли Вы для проведения сердечно-лёгочной реанимации (CPR)? Отметьте ответ: да / нет Если да, то когда истекает срок Вашей аттестации?
4	Are you first aid certified? Check Yes / No If yes, when does it expire?	Аттестованы ли Вы для оказания первой помощи? Отметьте ответ: да/нет Если да, то когда истекает срок Вашей аттестации?

Section 4: Transportation

Раздел 4: Транспортные средства

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	What kind of transportation do you use to get to work? (Check all that apply) Motor vehicle / Public transportation / Bike-walk	Какое транспортное средство Вы используете для поездок на работу? (Отметьте все подходящие варианты ответа) Автомобиль / общественный транспорт / велосипед или пешком

2	<p>Are you willing to (check all that apply) Check Yes / No Transport an employer in your car? Drive an employer's car? Escort an employer on public transportation? Escort an employer in their car?</p>	<p>Готовы ли вы (отметьте все подходящие варианты ответа) Отметьте ответ: да / нет Перевозить своего работодателя в своём автомобиле? Управлять автомобилем работодателя? Сопровождать своего работодателя при пользовании им общественным транспортом? Сопровождать своего работодателя при пользовании им своей машиной?</p>
---	--	--

Section 5: Language – In Order of Ability

Раздел 5: Язык - в порядке языковой компетенции

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	<p>What languages, including Sign Language, do you speak and/or read? Mark Speak / Read for each language entered</p>	<p>На каких языках, включая язык жестов, вы говорите и/или читаете? Отметьте навыки говорения / чтения для каждого указанного языка</p>

Section 6: Availability to Work

Раздел 6: Готовность приступить к работе

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	<p>Are you currently looking for work? Check Yes / No</p>	<p>Занимаетесь ли Вы поисками работы в настоящее время? Отметьте ответ: да / нет</p>
2	<p>Check all work types you are willing to consider: a. Full-time (over 20 hours per week) b. Part-time (20 hours per week or less) c. Being a 7 day live-in (24 hour service) d. Being a 6 day live-in (24 hour service) e. Being a 2 day live-in (24 hour service) f. Providing live-in relief g. Providing substitute services paid by the hour</p>	<p>Отметьте все возможности трудоустройства, которые Вы готовы рассмотреть: к. На полную ставку (более 20 часов в неделю) л. На полставки (20 или менее часов в неделю) м. С проживанием в доме клиента 7 дней в неделю (круглосуточное обслуживание) н. С проживанием в доме клиента 6 дней в неделю (круглосуточное обслуживание)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> h. Working with short notice i. Being a 5 day live-in (24 hour service) j. Being a 1 day live-in (24 hour service) 	<ul style="list-style-type: none"> o. С проживанием в доме клиента 2 дня в неделю (круглосуточное обслуживание) p. В качестве подмены работника надомного обслуживания, проживающего в доме клиента q. В качестве подмены работника надомного обслуживания на условиях почасовой оплаты r. В качестве работника по вызову s. С проживанием в доме клиента 5 дней в неделю (круглосуточное обслуживание) t. С проживанием в доме клиента 1 день в неделю (круглосуточное обслуживание)
3	Would you be willing to assist with evacuation and in-home services in the event of a natural disaster? Check Yes / No	Готовы ли Вы оказать помощь при эвакуации и услуги на дому в случае стихийного бедствия? Отметьте ответ: да / нет

Section 7: Work Schedule

Раздел 7: График работы

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	<p>Check the days/times you are available to work. If you are available at all times check box</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monday – Mornings / Afternoons / Evening / Nights b. Tuesday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights c. Wednesday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights d. Thursday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights e. Friday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights f. Saturday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights g. Sunday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights 	<p>Отметьте дни/время, когда Вы готовы выйти на работу. Если Вы готовы выйти на работу в любое время, отметьте клеточку</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Понедельник - утром / днём / вечером / ночью b. Вторник - утром / днём / вечером / ночью c. Среда - утром / днём / вечером / ночью d. Четверг - утром / днём / вечером / ночью e. Пятница - утром / днём / вечером / ночью f. Суббота - утром / днём / вечером / ночью

	Holidays - Mornings / Afternoons / Evening / Nights	g. Воскресенье - утром / днём / вечером / ночью Праздничные дни - утром / днём / вечером / ночью
--	---	---

Section 8: Services and Work Experience

Раздел 8: Предоставляемые услуги и опыт работы

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	<p>Check all of the services below that you are “willing” to provider. In addition, if you have “experience” in any of these tasks, please check the “experience” column. You must be physically able to perform all the services you check in this section. DO NOT check any tasks where you have physical limitations (such as lifting, bending or stooping) that would prevent you from performing any of these services.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ambulation b. Bathing c. Bladder Care d. Bowel Care e. Cognition f. Dressing g. Feeding h. Grooming i. Personal Hygiene j. Positioning k. Toileting l. Transferring m. Giving or setting up medications n. Housekeeping o. Laundry p. Meal preparation q. Shopping r. Transportation s. Bowel program t. Feeding Tube u. Home dialysis 	<p>Укажите ниже все услуги, которые Вы «готовы» предоставить клиенту. Кроме того, если у Вас есть «опыт» выполнения любого из этих заданий, пожалуйста, отметьте колонку «опыт». Вы должны быть физически способным (-ой) предоставить все услуги, которые Вы отметили в этом разделе. НЕ отмечайте каких-либо работ, которые Вы не в состоянии выполнять из-за имеющихся у Вас физических ограничений (например, работы, связанные с подъёмом тяжестей, необходимостью наклоняться или сгибаться), которые будут препятствовать Вам в оказании поддержки при выполнении клиентом какого-либо из следующих видов деятельности.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Передвижение b. Купание c. Опорожнение мочевого пузыря d. Опорожнение кишечника e. Познавательная деятельность f. Одевание/раздевание g. Питание h. Уход за внешностью i. Личная гигиена j. Принятие определённого положения k. Пользование туалетом l. Перемещение из одного положения в другое

	<p>v. Injections</p> <p>w. Ostomy care (example, colostomy, ileostomy)</p> <p>x. Oxygen management</p> <p>y. Suctioning</p> <p>z. Tracheotomy care</p> <p>aa. Urinary catheter care</p> <p>bb. Ventilator care</p> <p>cc. Wound care</p>	<p>m. Приём и организация приёма лекарственных препаратов</p> <p>n. Ведение домашнего хозяйства</p> <p>o. Стирка</p> <p>p. Приготовление пищи</p> <p>q. Покупки</p> <p>r. Транспортные перевозки</p> <p>s. Программа нормализации работы кишечника</p> <p>t. Питание с использованием зонда</p> <p>u. Проведение диализа в домашних условиях</p> <p>v. Введение лекарственных препаратов путём инъекций</p> <p>w. Уход за клиентом со стомой (например, колостомой, илеостомой)</p> <p>x. Контроль подачи кислорода</p> <p>y. Отсасывание</p> <p>z. Уход за клиентом с трахеотомической трубкой</p> <p>aa. Уход за клиентом с мочевым катетером</p> <p>bb. Уход за клиентом с аппаратом для искусственной вентиляции лёгких</p> <p>cc. Уход за раной</p>
--	--	--

Section 9: Additional Information

Раздел 9: Дополнительная информация

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	Your gender: Check Female / Male	Укажите свой пол: отметьте ответ: женский / мужской
2	Do you want to receive quit smoking information and/or materials via E-mail? Check Yes / No	Желаете ли Вы получать информацию и/или материалы о способах отказа от курения по электронной почте? Отметьте ответ: да / нет
3	Do you smoke? Check Yes / No	Курите ли Вы? Отметьте ответ: да / нет
4	Are there employers you are NOT willing to work with or services you are	Существуют ли какие-либо работодатели, с которыми Вы не готовы

	<p>NOT willing to provider? (Check all that apply)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Activities of daily living (see page 2) b. Alzheimer’s or other dementias c. Behavioral disorders d. Females e. Males f. People with pets g. Self-management tasks h. 65 years of age or older i. Smokers j. Terminally ill k. Under 65 years of age l. Individuals that use medical marijuana 	<p>работать, или услуги, которые Вы не готовы предоставлять? (Отметьте все подходящие варианты ответа)</p> <ul style="list-style-type: none"> m. Виды повседневной деятельности (см. страницу 2) n. Болезнь Альцгеймера или другие виды расстройства когнитивных функций o. Расстройства поведения p. Женщины q. Мужчины r. Лица, имеющие домашних животных s. Задачи по самообслуживанию t. Лица в возрасте 65-ти лет и старше u. Курильщики v. Неизлечимо больные лица w. Лица, не достигшие возраста 65-ти лет x. Лица, использующие марихуану в медицинских целях
--	---	---

Section 10: Geographical Location

Раздел 10: Географическое положение

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	Where are you willing to work? (Select a maximum of three counties) Counties:	Где Вы готовы работать? (Выберите не менее трёх округов) Округа:
2	Cities / areas within the counties:	Города / районы в пределах этих округов:

Section 11: Abuse Investigation

Раздел 11: Расследование случаев проявления насилия и жестокого обращения

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	Have you ever been investigated for abuse, neglect or domestic violence? Check Yes / No If you, please explain:	Проводилось ли когда-либо расследование случаев проявления Вами жестокости, безответственности или бытового насилия по отношению к Вашему клиенту? Отметьте ответ: да / нет Если да, пожалуйста, объясните:

Section 12: Minimum Qualifications for Homecare Workers (HCW's)

**Раздел 12: Минимальные квалификационные требования, предъявляемые к работникам
надомного обслуживания (HCW)**

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
A	<p>An individual who would like to be a HCW must meet the following minimum qualifications: Submit a completed application packet.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pass a DHS criminal history clearance and cooperate with a criminal history re-check when requested.2. Complete a HCW orientation within 90 days. Complete a live-in orientation if applicable.3. Be capable of providing or learning to provide necessary services.4. Be 18 years of age or older (age exceptions may be made on a case-by-case basis for family members only, but exceptions will not be granted for anyone under the age of 16).	<p>Лицо, которое желает быть работником надомного обслуживания, должно выполнить следующие минимальные требования: Отправить заполненный бланк заявления и сопутствующие бланки документов, включённые в пакет документов.</p> <ol style="list-style-type: none">5. Пройти проверку Департамента социального обеспечения (DHS) на наличие у претендента на должность работника надомного обслуживания (HCW) в прошлом судимостей за совершение уголовных преступлений и быть готовым пройти повторную проверку при необходимости.6. Пройти ознакомительный инструктаж для работников надомного обслуживания в течение 90 дней. Пройти ознакомительный инструктаж для работников надомного обслуживания, проживающих в доме клиентов, если это применимо.7. Быть в состоянии предоставлять или пройти профессиональную подготовку для предоставления необходимых услуг.8. Достичь возраста 18 лет или старше (исключения в плане возраста могут быть сделаны в индивидуальном порядке только для членов семьи, но исключений не будет сделано для лиц, не достигших возраста 16-ти лет).

<p>Б</p>	<p>An individual who would like to be a career HCW and be referred to the general public to provider homecare services through the Registry and Referral System (RRS) must meet the requirements listed above, plus the following:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Be 18 years of age or older (no exceptions).2. Disclose qualifications, skills (including language skills), and experience that can be verified and evaluated by a potential client-employer, as well as submit references upon request.3. Disclose any job related limitations.4. Review and update homecare worker information in the RRS at least every 60 days, if looking for work.5. Immediately notify the local SPD/AAA office or the Oregon Home Care Commission of address and phone number changes.	<p>Лицо, желающее стать профессиональным работником домашнего обслуживания (HCW) и пользоваться более широкими возможностями найма на работу, которые предлагаются в рамках Системы учёта и трудоустройства квалифицированных работников домашнего обслуживания (RRS), должно соответствовать в дополнение ко всем перечисленным выше требованиям, следующим требованиям:</p> <ol style="list-style-type: none">6. Достичь возраста 18 лет и старше (исключения не допускаются).7. Предоставить сведения о своей квалификации, навыках (включая навыки владения языком) и опыте работы, которые могут быть подтверждены и оценены потенциальным клиентом-работодателем, а также предоставить рекомендации по запросу.8. Поставить работодателя в известность о любых ограничениях для выполнения своих рабочих обязанностей.9. Просматривать и обновлять в системе RRS сведения, имеющие отношение к выполнению Вами обязанностей работника домашнего обслуживания, по крайней мере, каждые 60 дней, если Вы занимаетесь поисками работы.10. Немедленно уведомить местное отделение Службы по оказанию поддержки пожилым и лицам с ограниченными возможностями здоровья (SPD)/Службы поддержки престарелых (AAA) или Комиссию по вопросам
----------	--	---

		надомного обслуживания штата Орегон (ОНСС) об изменениях Вашего адреса и номера телефона.
--	--	---

Section 13: Applicant Certification

Раздел 13: Засвидетельствование подлинности сведений, предоставленных заявителем

Field #	Information Required	Запрашиваемая информация
1	I certify that all information I supplied in this application is accurate to the best of my knowledge. I understand that should I knowingly misrepresent information may result in rejection of my application and/or denial of placement on the Oregon Home Care Commission (OHCC) Registry and Referral System (RSS). I understand and agree to the minimum qualifications for homecare workers established by the OHCC.	Настоящим я свидетельствую, что вся информация, предоставленная мною в настоящем заявлении, насколько мне известно, является точной. Я понимаю, что преднамеренное искажение мною информации может привести к отклонению моего заявления и/или отказу включить мою кандидатуру в список квалифицированных работников надомного обслуживания системы RRS, находящейся в ведении комиссии ОНСС. Я понимаю и выражаю согласие выполнить минимальные квалификационные требования, предъявляемые комиссией ОНСС к работникам надомного обслуживания.
2	The OHCC has an internet-based registry to assist seniors and individuals with disabilities find qualified in-home providers. I understand that if I agree to be referred to prospective client-employers through the RRS, my contact information, (name, phone number, provider number and city of residence) will be released to anyone seeking in-home services.	Комиссия ОНСС имеет регистрационный список работников надомного обслуживания в режиме онлайн для оказания помощи пожилым и лицам с ограниченными возможностями здоровья в поиске квалифицированных поставщиков услуг ухода на дому. Я понимаю, что если я соглашусь на получение направлений для устройства на работу к потенциальным клиентам-работодателями через систему RRS, моя контактная информация (имя и фамилия, номер телефона, личный номер поставщика услуг и город проживания) будет предоставляться всем лицам, занимающимся поиском работников надомного обслуживания.

<p>3</p>	<p>Future changes to the following questions must be submitted in writing to the local office.</p> <p>A. I agree to have my contact information released through the internet. Check Yes / No I understand that checking “No” will limit the number of referrals I will receive.</p> <p>B. I agree to have my contact information referred to individuals who pay privately for in-home services. Check Yes / No</p>	<p>Изменённые ответы на следующие вопросы в будущем должны быть представлены в письменной форме в местное отделение.</p> <p>C. Я даю своё согласие на передачу моей контактной информации через сеть Интернет. Отметьте ответ: да / нет Я понимаю, что ответ «нет» приведёт к сокращению числа направлений, которые мне будут предоставлены.</p> <p>D. Я соглашаюсь на предоставление моей контактной информации лицам, которые в частном порядке оплачивают услуги, предоставляемые на дому. Отметьте ответ: да / нет</p>
<p>4</p>	<p>I understand the hours worked for individuals who pay privately for services DO NOT count towards Service Employees International Union (SEIU) local 503, Oregon Public Employees Unions (OPEU) negotiated benefits and may not have worker's compensation or unemployment insurance.</p>	<p>Я понимаю, что отработанные часы для обслуживания лиц, которые платят за услуги в частном порядке, НЕ принимаются в расчёт для определения объёма льгот, предусмотренных договорными обязательствами местного отделения 503 Международного профсоюза работников сферы обслуживания (SEIU) и профсоюза государственных и муниципальных служащих штата Орегон (OPEU), и такие работники надомного обслуживания не могут получать компенсацию за травмы, полученные на работе, или пособие по безработице.</p>
<p>5</p>	<p>Furthermore, I understand it is my responsibility to keep my availability information updated, and I must review my information in the RRS at least one time every 60 days to continue to be referred for new jobs.</p>	<p>Кроме того, я понимаю, что в мои обязанности входит постоянное обновление сведений о моей готовности выйти на работу и проверка подлинности моих личных сведений в системе RRS, по крайней мере, один раз в каждые 60 дней для того, чтобы не потерять возможность получать</p>

		направления на получение новой работы.
6	Applicant Signature:	Подпись заявителя:
7	Date:	Дата:

- The last page 6 of 6 is for office use only and does not need to be reviewed or completed by the applicant.
- Последняя 6-ая страница из 6-ти предназначена только для служебного пользования и не должна пересматриваться или заполняться заявителем.